

Dispositivo en travesía para el abordaje de las adicciones

Adicción y dependencia.

Para hablar de dependencias es importante esclarecer la diferenciación del término “adicto”, cuya etimología proviene de la palabra latina *addictus*, que significa ‘esclavo’. El *addictus* era el deudor que por falta de pago terminaba siendo entregado como esclavo a su acreedor. Por eso, etimológicamente la palabra “adicción” deriva de la voz latina *addicere*, con las acepciones de ‘condenar’, ‘adjudicar’ o ‘heredar’, dado que en la época romana, cuando acababa una guerra, también se regalaban esclavos a los soldados que mejor peleaban, mediante una subasta. Lo que diferencia a un adicto de un dependiente es que el adicto es esclavo y no sabe que lo es, mientras que el dependiente ya ha tomado conciencia de sus ataduras y lucha por liberarse. Es por ello que en el dispositivo terapéutico es preciso denominar “adictos” a los pacientes que dependen de algún tipo de droga (tabaco, alcohol, sustancia), vínculo (pareja, amistad, hijos, etc.) u objeto (trabajo, hobby, internet, juego, etc.), y por otra parte, distinguirlos de los que denominaremos dependientes, debido a que son adictos en proceso de curación.

El adicto se relaciona con el objeto adictivo-adictogeno de un modo único, absoluto y patológico, acallando de esa manera su angustia existencial, motora y facilitadora de los

cambios necesarios para el desarrollo afectivo-creativo. No sólo en las adicciones de carácter químico (con sustancia) se altera la estructura neuro-vincular. También en la dependencia emocional podemos observar una modificación en las conexiones sinápticas del circuito del placer. Este fenómeno se produce ante la presencia de “un vínculo único” que programa de manera artificial y hegemónica la vida psicobiológica del dependiente. Tanto en el adicto como en el dependiente emocional se activan sin intervención voluntaria el circuito de placer-displacer en función de la presencia o ausencia del objeto adictivo.

Dependencia y vínculos tempranos

Todos somos potencialmente adictos, por nacer en un estado de indefensión y por necesitar de los cuidados parentales para la supervivencia. Desde los comienzos de su vida, el ser humano se desarrolla en una relación con su entorno de absoluta dependencia. La relación con la madre al inicio de la vida es de total y absoluta dependencia. Esta seguridad posibilita que el niño/a construya una estabilidad en cuanto al tiempo, al espacio y al ritmo psicobiológico.

Los orígenes del funcionamiento adictivo remiten a una relación fusional entre madre e hijo/a en la que no ha habido una distancia óptima para lograr la diferenciación del niño/a de su madre.

La adicción, en tanto esclavitud, se constituye paradójicamente como un intento de salida del encierro ante la ausencia de una distancia necesaria para el desarrollo de los cimientos esenciales del sujeto. En este tipo de funcionamiento quedan suprimidas las distancias (al igual que en la alergia), estableciéndose una relación fusional. Entonces podemos pensar que no es el objeto-madre o el objeto-droga el que enferma, sino el tipo de relación dependiente-fusional y la dificultad- en términos de Margaret Mahler-, en el logro de una separación-individuación.

La adicción, pues, no es más que un emergente de una problemática más compleja y profunda, pues en las dependencias el sujeto es esclavo de su propio consumo, y al consumir es consumido, pero no sólo por la sustancia o agente dependiente, sino también por el conjunto de relaciones del sistema familiar al que pertenece.

Esta esclavitud silenciada otorga al adicto una falsa identidad (rótulo o cartel para el paciente y su familia) que impide el desarrollo de la propia.

El falso self en las adicciones

El adicto vive en una desconexión afectiva, ya que la droga le intoxica y le separa como una nube tóxica de su mundo interior, que se vuelve cada vez más difuso. Se relaciona con los demás desde una coraza que, por un lado, le protege del sufrimiento, pero por otro lado le limita. El adicto vive como un autómatas de una manera programada sin ser apenas consciente de ello.

Donald Winnicott introdujo en 1960 la expresión “falso self” para designar una distorsión de la personalidad que consiste en emprender desde la infancia una existencia ilusoria (el sí mismo inauténtico) a fin de proteger mediante una organización defensiva un verdadero self (el sí mismo auténtico). El falso self sería el medio de no ser uno mismo, en diversas gradaciones, que llegan hasta una patología de tipo esquizoide, en la que el falso self se instauraría como única realidad, y en consecuencia significaría la ausencia del verdadero self. Winnicott establece que “el niño interpreta un papel especial, el del self verdadero como sería si hubiera tenido existencia (...). El rasgo principal es la sumisión, con la imitación como especialidad”¹. En las dependencias y en los trastornos psicósomáticos se instaura un sí mismo falso sobre el cual se asientan las carencias de identidad del sujeto, tornándose la dependencia de una sustancia, vínculo u objeto como totalizador y absoluto en la vida de una persona y regulador artificial de sus ritmos, espacios, tiempos, vínculos y proyectos. La diferencia es que en el adicto es la droga lo que en el paciente psicósomático la sobreadaptación.

La importancia de considerar los vínculos tempranos en el abordaje de las dependencias reside en que desde el comienzo de la gestación existe una simbiosis necesaria para la constitución del psiquismo de la persona. La misma deberá dar paso a un proceso de separación-individuación. Winnicott plantea que la madre *suficientemente buena* es aquella que realiza una función de *holding* (sostén), para que el niño pueda desarrollarse, frustrándolo de manera progresiva. y a través del interjuego de presencia-ausencia, a fin de favorecer la diferenciación del niño/a. Este proceso facilita

¹ D. Winnicott, *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*, Buenos Aires, Paidós, 1993.

la constitución de un espacio propio en la construcción de la identidad. Si esto no ocurre, el psiquismo del niño será una prolongación del de la madre, no habrá diferenciación. En las dependencias las madres habitualmente no han realizado su propio proceso de separación-individuación ni han construido una identidad diferenciada. Como consecuencia el niño estructura su ser constituyéndose como *un tapón afectivo* de las carencias de la madre, llenando vacíos que nunca podrá tapar. La búsqueda de completud con un objeto único e indisoluble deriva de una relación fusional madre-hijo/a, hijo/a-droga. En la temprana infancia en plena etapa de formación de la identidad; Tiempo, espacio, ritmo, afecto e imaginación, son artificialmente regulados en función del vacío de la madre. Llegada la pubertad y la adolescencia el sujeto se drogará consumiendo compulsivamente y consumiéndose como sujeto.

El abuso estructurante fundacional de la dependencia

tanto la ausencia de la función paterna, como la utilización del niño como relleno o tapadera del vacío, dan lugar a lo que defino como *abuso estructurante fundacional de la dependencia*.

Este primer abuso por parte de la madre hará que se instaure desde la temprana infancia un modo vincular de abusos que se manifestará en sus futuras relaciones, de manera activa, abusando (drogas, alcohol, vínculos, etc.), y/o de manera pasiva, siendo abusado (como tapón de los vacíos familiares, amistad, pareja, etc.). El patrón se repetirá de manera inconsciente, convirtiéndose en el vínculo matriz estructurante de un modelo patológico de relación. Tanto la desatención del niño, que requiere de cuidados y afecto, como su utilización de manera abusiva para dar un único sentido a la vida de la madre, son considerados abusos estructurantes fundacionales, ya que la madre está en superioridad de condiciones respecto al bebé, a su hijo, y éste necesita de su madre para sobrevivir. Si, por ejemplo, la madre duerme con el niño sólo cuando el padre no está, cambiándolo de cama sin tenerlo en cuenta a él, se considerará un abuso; o si una madre se refugia en su hija otorgándole un rol de madre de sus hermanos siendo apenas una niña, también se considerará un abuso. si la madre ha abusado del bebé utilizándolo como relleno sin contemplar las verdaderas necesidades de su hijo/a, no habrá, en palabras de Winnicott, “ilusión de unidad”, precondition necesaria para que se pueda

dar posteriormente una separación de la madre. Si el bebé es un objeto de necesidad de su madre, ya no será objeto de deseo, convirtiéndose el niño en una propiedad de la madre. La ausencia del interjuego de presencias-ausencias en las que el niño puede separarse de la madre dificulta, así, que el hijo pueda individuarse.

Este tipo de abusos se consideran estructurantes porque darán forma a una manera de relacionarse del sujeto con los objetos, personas y sustancias. Así, este primer vínculo con la madre fundará una dinámica patológica que podrá repetirse a lo largo de toda la vida del sujeto. En consecuencia, el tipo de relación que establecerá en un futuro estará fundado en el poder y en la dinámica vincular del amo y el esclavo, condicionando su libertad. Alexander Lowen en su libro “El gozo”, expone, al referirse a situaciones de abuso sexual, que “el abusado se convierte en el abusador por una identificación inconsciente con él (...). Esta es la otra cara de la moneda que el paciente debe reconocer y aceptar para lograr una autoaceptación plena”².

En el abuso emocional ocurre lo mismo que en el abuso sexual y se produce una cosificación del sujeto en la que este desaparece. Se descuidan aspectos esenciales como la salud o la integridad psicofísica, bajo el imperativo repetitivo de consumir y ser consumido. De esta manera se reproduce de modo automático la simbiosis con un objeto/sustancia/droga/persona como sucedió en la temprana infancia con su madre.

El abuso estructurado

El abuso estructurado consiste en un uso exagerado de la sustancia por parte del adicto para así tapar y ser tapado como sujeto, en un sistema familiar adictógeno en el que la presencia del adicto es utilizada de manera excesiva como un *quitapenas* del sistema familiar en su totalidad.

El sujeto dependiente en su sobreadaptación a la realidad se transforma en un vertedero de la dinámica tóxico-familiar, que silencia los conflictos. Lo no dicho absorbe las carencias afectivas y las tramas vinculares patológicas de la familia escondidas bajo la sombra del *addictus*-problema.

² Alexander Lowen, *El gozo*, Buenos Aires, Era naciente, 1996.

En este funcionamiento patológico ningún miembro de la familia, incluyendo al adicto, tiene interés en develar lo oculto. Asimismo la palabra “a-dicción” remite a lo ‘no dicho’. ‘A’ remite a prefijo privativo y ‘dicción’ proviene del latín *dictio*, *-onis* que significa “palabra”³.

El funcionamiento adictivo anula el espacio y el tiempo de comunicación; ésta se torna breve e insuficiente, al servicio de las necesidades y de lo inmediato. La conversación se sustituye por un conjunto de monólogos sin escucha en la familia, fallando el eje fundamental del encuentro: la comunicación. Todos los problemas y secretos familiares quedan tapados por un solo problema: *la droga*.

La persona, en tanto objeto, buscará de manera compulsiva y no consciente en el objeto (alcohol, tabaco, drogas, etc.) la fuente de satisfacción, del mismo modo que su madre hizo con ella en su infancia. Así como la madre abusó de ella, en el vínculo materno infantil, para rellenar sus huecos existenciales o emocionales, ahora es la persona adicta quien abusará de manera activa rellenando su vacío existencial con la droga, el objeto o el vínculo adictivo. Por este motivo es tan frecuente que el comienzo de la adicción, entendida como esclavizante, se dé en torno a la adolescencia, ya que es el momento evolutivo que corresponde con el comienzo de una vida más independiente. En la adolescencia, los vínculos familiares suelen sustituirse y ampliarse con relaciones con amigos, parejas, etc., lo cual constituye un paso natural de la endogamia a la exogamia.

El término ‘adolescencia’ deriva de la palabra ‘adolecer’, verbo que proviene de dolere y hace referencia al dolor que proviene del duelo por la pérdida de la identidad de niño/a en pos del crecimiento. Esto conllevará un trabajo de duelo por la imagen de sí mismo, de su cuerpo y de sus representaciones de la infancia, duelo que se vivirá con mucho dolor y tristeza. Françoise Dolto describe así la adolescencia:

La adolescencia es como un segundo nacimiento que se realizaría progresivamente. Hay que quitar poco a poco la protección familiar, como se ha quitado la placenta protectora. Quitar la infancia, hacer desaparecer al niño que hay en nosotros, constituye una mutación.⁴ La adicción proporciona, en el imaginario de quien consume, la creencia de que la droga le dará una fuerza omnipotente para hacer frente a estos cambios. De esta

³ *Diccionario Salvat*, Barcelona, Salvat Editores S.A., 1964.

⁴ Françoise Dolto, *La causa de los adolescentes*, Barcelona, Paidós, 2004.

manera, se constituye un refugio que ofrece la sensación de protección pero que, al mismo tiempo, limita el desenvolvimiento de un ser diferenciado del grupo que consume. Así una sustancia, un vínculo o un objeto *único* regula desde fuera aquello que a la persona le resulta imposible controlar. El ritmo de vida se centra en algo exterior, *la sustancia* que regulará la totalidad de la vida anímica del sujeto. El tiempo de cada día se ajusta al momento del consumo, así como los espacios del consumidor (tiempo libre, trabajo, su casa) y sus vínculos (familiares, de pareja, de amigos, etc.), de modo que su mundo queda centrado en torno al objeto del cual depende, lo que le impondrá una vida programada que le hará vivir como un autómatas tal como ocurrió con la madre en la temprana infancia.

Dependencia y codependencia: autosuficiencia, dependencia y autonomía

Para comprender en profundidad la relación de la dependencia y la codependencia, debemos hacer la distinción entre la autosuficiencia, la dependencia y la autonomía. A pesar de las diferencias existentes entre la autosuficiencia y la autonomía, es muy frecuente la confusión de ambos conceptos, sobre todo cuando de adicciones se trata.

Los adictos se satisfacen de manera parcial siendo la autosuficiencia un autoabastecimiento defensivo que parece conformar una protección ante la encerrona de la dependencia emocional. Es así como se constituye un tipo de relación narcisista en la que la única relación existente es la del sujeto consigo mismo. Lo primordial entonces, en este modo de funcionamiento vincular, es la satisfacción de las necesidades y la supervivencia.

La dependencia emocional en términos patológicos constituye también un modo de relación en el que la otra persona se convierte en un objeto único, predominando una relación de poder de uno que domina y otro que se somete, como suele ocurrir, por ejemplo, en relaciones asimétricas en cuanto a la edad, la situación económica, el estatus, etc.

Un tercer tipo sería la relación autónoma, que, a diferencia de las dos anteriores, se basa en un vínculo más saludable en el cual el afecto (no el poder) centra el intercambio entre dos personas con dos espacios diferentes.

Para que una persona dependiente pueda construir una relación sana basada en la autonomía y la libertad, es importante que la dependencia se establezca en el vínculo terapéutico. De este modo el paciente se fortalecerá en esa dependencia pudiendo elegir desde otro sitio el modo de relacionarse con otras personas. Si no se resuelve la dependencia el sujeto establecerá de manera repetitiva el mismo tipo de vínculo, que le llevará nuevamente a un vacío afectivo.

Hay un aspecto fundamental en las adicciones que consiste en que el adicto, además de construir una relación de dependencia con la sustancia, establece otra relación de codependencia con alguna persona, que puede ser la madre, la pareja, un hijo, un amigo, el trabajo, etc. Si la relación de dependencia implica la necesidad de una sustancia, objeto o vínculo, el codependiente también tiene otra necesidad: que le necesiten. Así, el codependiente depende de que le necesiten, estableciéndose un tipo de vínculo patológico según el cual el dependiente necesita la droga y el codependiente necesita de la dependencia del dependiente para su supervivencia. Este proceso transcurre habitualmente de un modo no consciente. El codependiente puede ser, por ejemplo, una madre, una esposa o un padre que necesita que le llamen constantemente, para así no responsabilizarse de su vacío existencial, que queda tapado con la preocupación por el otro. El codependiente suele ser un dependiente emocional que con un conjunto de actitudes y comportamientos, sostiene la adicción del consumidor. El beneficio que obtiene el codependiente consiste en verse sostenido en su vacío por la figura del dependiente, de igual modo que el adicto tapa su vacío con la droga. Difícilmente el sujeto podrá desarticular esta trama si no atraviesa la dependencia emocional. Por eso muchos adictos se resignan a optar por la sustancia y a vivir de un modo autosuficiente: evitar de ese modo entrar en el conflicto que conllevaría su dependencia.

El vacío en el sistema educativo y el vacío en las adicciones

La sociedad capitalista, productora de adictos, emplea de manera perversa la educación para formar soldados, defensores del consumo y productores de modelos de consumo. De esta forma, se les exige a los niños/as que aprendan la mayor cantidad de conocimientos en el menor tiempo posible. Así se anula al que piensa diferente promoviéndose la existencia de un modelo único al que someterse y sobreadaptarse,

anulando la capacidad creativa y los afectos. Esto es fundamental, ya que el sistema educativo es cómplice de la producción de adictos. La perversión consiste en premiar al que repita y reproduzca lo que se exige y castigar al que piense diferente. El modelo de consumo en la educación de la escuela llamada por Carlgren “escuela industrializada” restringe la capacidad crítica de los sujetos, al servicio del sistema consumista hegemónico. De este sistema tampoco se libran bastantes maestros, ya que, cuando ellos mismos no creen en lo que hacen consumiendo horas de clase y enseñando desmotivados, también se convierten en autómatas que trabajan para la producción de alumnos consumidores de conocimiento. El resultado es el predominio de niños repetidores de conocimientos frente a niños emocionalmente inteligentes.

El vacío y las adicciones en la sociedad de consumo

La sociedad es cómplice de ese silencio promoviendo un individualismo extremo así como el aislamiento del sujeto, en lugar de fomentar el intercambio y la comunicación. Los sistemas de redes sociales y de contactos virtuales por internet también refuerzan el individualismo y la desafectivización del sujeto. El abuso de la tecnología nos hace esclavos de un ordenador: con éste hacemos la compra en el supermercado, elegimos la ropa o incluso conocemos a otras personas. El sexo rápido y desechable, de acceso “fácil y cómodo”, convierte al sujeto en objeto intercambiable, cosificado. En consecuencia, se restringe progresivamente la libertad del sujeto digitalizando un pensamiento que es en realidad analógico, lo cual limita el desarrollo de sus potencialidades.

Vivimos en una sociedad adicta y generadora de adictos. Es fundamental identificarla como tal, pues ello explica que el “ser adicto” se convierta en la norma frente al “ser libre”, que constituye la diferencia.

Narcisismo, proyección y dependencia

Héctor Fiorini define las características del trastorno narcisista⁵ y sostiene que dicho trastorno presenta ciertos fallos en la estructuración de la organización narcisista que afectan a la estabilidad de las representaciones que el sujeto tiene de sí mismo. De este

⁵ Véase Héctor Fiorini, *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*, Buenos Aires, Nueva Visión, 1998.

modo todo acontecer puede llevar al sujeto a una representación de sí opuesta y divergente, creando un fondo de inseguridad y exponiéndole a un permanente cuestionamiento de sí mismo. En sus palabras -“El sujeto vive la experiencia de interacción con mucha vulnerabilidad, ya que toda conducta ajena tiene un poder amenazante, el de dar o negar identidad, ante la falta de referentes identificatorios estables-”.

El adicto mantiene vínculos de dependencia patológica para sostener el frágil equilibrio del sí mismo. Por ejemplo, si a una persona exitosa en los negocios, un compañero le dice una mañana “qué mal te está yendo”, esta única observación podrá desequilibrarle, ante la falta de referentes identificatorios estables y de representaciones de sí mismo duraderas. Según Fiorini, “los trastornos narcisistas están centrados en la necesidad”. En las adicciones es la sustancia la que sacia esa necesidad, alejando al sujeto de su verdadero ser, de sus afectos y de su deseo.

La narcotización del amor y las relaciones maqueta

La circunstancia adictiva suele conducir al sujeto a la elección de personas que consumen, o a entablar relaciones fundadas en el poder en las que un integrante es sometido y el otro, sometedor. Este tipo de elección (más cercana a la opción) tiene que ver con el tipo de relación de esclavitud que el sujeto mantiene con la droga: se siente amo al consumirla y esclavo al carecer de ella.

El dependiente busca inconscientemente situaciones que reproduzcan el hechizo y la dependencia. Estando incluso en tratamiento, buscan personas (parejas, amigos) y objetos (casas, trabajos) que reproduzcan la situación de abuso originaria. La narcotización del amor no sólo tiene que ver con relaciones que producen el mismo efecto que la sustancia, sino también con situaciones en las que se reproduce un tipo de vínculo que gira en torno al poder y que se basa en el esquema amo-esclavo: uno abusa y otro es abusado.

El duelo en las adicciones

La renuncia a un tipo de relación adictiva también conlleva un trabajo de duelo por la pérdida de ese tipo de relación de dependencia que el sujeto ha mantenido inalterable

durante toda su vida. La diferencia está en que ahora sí es el sujeto el que puede elegir y salir de la posición cosificada y esclavizante.

La melancolía narcotizada en las adicciones

El sacrificio tiene que ver con la depresión y la melancolía, ya que está cercano a la desaparición del sujeto en su totalidad y a la pérdida absoluta de su identidad. En las adicciones se reproduce con facilidad un fenómeno que denomino “melancolía narcotizada”. En este sentido, la melancolía narcotizada implica la instauración de una pérdida total del sujeto, ya que todo el afecto y la energía están colocados en el objeto-droga. El sujeto se abandona a sí mismo, empobreciendo de este modo su vida en un bucle repetitivo de consumo.

Lo *sináptico-emocional* y lo *sináptico-afectivo* en el funcionamiento adictivo

El primero está sujeto esencialmente a la programación exógena por parte de un objeto único “sustancia-droga” que monopoliza la vida del sujeto y el funcionamiento psiconeuroinmunológico en su conjunto. Puede observarse el funcionamiento sináptico-emocional, por ejemplo, en el ritmo artificial euforia-depresión provocado por el consumo de cocaína. El sujeto adicto funciona de manera artificial y programada por un par de emociones opuestas que regulan de manera exógena la comunicación sináptica entre neuronas. Así los receptores dopaminérgicos en el consumo de cocaína o los receptores colinérgicos en la adicción al tabaco se activan automáticamente trazando un mapa inter neuronal estereotipado y repetitivo reproduciendo un ritmo de carga y descarga incluso en aquellos periodos en los que no hay consumo. Esto se debe a que las drogas hacen que la dopamina perdure por más tiempo en el espacio sináptico activando así los receptores dopaminérgicos con mayor facilidad.

El funcionamiento sináptico-afectivo, por su parte, implica la activación de una autorregulación natural del sistema hipotalámico. De modo que es el propio organismo el que administra sus propios ritmos, autogestionando así sus mecanismos hormonales sin que intervenga un objeto-droga exógeno.

En el funcionamiento sináptico-emocional parece darse una escisión afectiva en el paciente, mientras que en el sináptico-afectivo prevalecen una unidad y una integración más saludables. La ausencia de contacto sináptico-afectivo encierra al sujeto en una dependencia en la que la sustancia regulará de modo artificial su vida, su tiempo y sus espacios. Éstos están determinados sólo por el consumo de dicha sustancia. De este modo, el funcionamiento psicobiológico está centrado en lo emocional -y no en los sentimientos-, afectando al sistema nervioso, que, por un lado, segrega dos hormonas como respuesta ante el estrés: la adrenalina y noradrenalina, y por otro, los glucocorticoides. El estrés aumenta la tensión (el displacer), lo cual se traduce en estados de disforia y depresión que provocan la liberación de dopamina para paliar los efectos displacenteros (la dopamina está íntimamente vinculada con la obtención inmediata de placer). La activación de las neuronas dopaminérgicas del área tegmental ventral que produce la liberación de dopamina en el núcleo accumbens, corteza prefrontal, núcleo estriado dorsal y amígdala, deja una huella conformada por recuerdos agradables y placenteros que produce una sensación artificial de placer.

El dispositivo terapéutico en travesía

El funcionamiento en las adicciones es parasitario; por eso, cuando un dependiente se libera de la sustancia, siente en su interior un espacio de libertad que le posibilita ocupar un lugar distinto en la sociedad y relacionarse de manera más afectiva y solidaria con la comunidad a la que pertenece. El dispositivo *en travesía* se centra en la relación patológica del sujeto con la sustancia, y debe su denominación al significado de la palabra “travesía”, entendida como distancia entre dos puntos de tierra o de mar, viaje por mar o por tierra. El proceso terapéutico se plantea como un viaje en el que tanto el terapeuta como la familia acompañan al paciente. Éste depende del terapeuta durante el trayecto, pero el viaje tiene una duración determinada, que dependerá de la adversidad de las condiciones ambientales y de la buena planificación del recorrido. Como el viaje se hace en equipo, es necesario llegar a una serie de acuerdos para llevar a cabo la travesía. Es importante trazar también una hoja de ruta como punto de partida con coordenadas específicas y definidas para no extraviarse a la deriva. Esta hoja de ruta está sujeta a un plan preestablecido pero abierto, flexible y parcialmente revisable, que tiene en consideración el devenir de los acontecimientos.

El abordaje terapéutico consiste en el trabajo sobre el funcionamiento dependiente y sus raíces y en la difícil tarea de construcción de la identidad del paciente, y no únicamente en el abandono del consumo de una sustancia.

El abordaje terapéutico de una adicción comienza con la difícil tarea de atravesar la barrera neuro-química del consumo de “la sustancia” a partir de la de-construcción de la identidad artificial del consumidor. Para ello debe realizarse una auténtica desprogramación biológico-vincular y disolver así “la falsa identidad”, programada y sostenida por la droga. De este modo el dependiente podrá atravesar el paradigma de la dependencia para construir una identidad propia y genuina, pasando por diferentes fases; toma de conciencia de la enfermedad y construcción del vínculo terapéutico, negación e idealización, momento de caída libre, descubrimiento de sentimientos y emociones y construcción y reconstrucción de su identidad a partir de recursos propios y de nuevos hallazgos.

Los marcos epistemológicos del dispositivo *en travesía*

1) La dialéctica de Hegel del amo y el esclavo: En la peculiar relación amo-esclavo, hay una alternancia de formas de la conciencia, en la que ambas son convertibles la una en la otra. El señor necesita del esclavo y en la necesidad pierde su independencia, y el esclavo, al ser un *objeto esencial*, pierde su condición de prescindible, transformándose en alguien indispensable. En la patología de las adicciones la dinámica abusador-abusado opera de un modo inconsciente. Generalmente el vínculo es con una madre que, de forma no consciente, ha llenado su vacío de identidad con la figura de su hijo/a, haciendo de éste una prolongación de sí misma. Una de las consecuencias más importantes que provienen de esta forma relacional es que el adicto abusa de la droga, vínculo u objeto del que depende *consumiéndose* de la misma manera en que fue *consumido*. Este tipo de relación fundada en el poder constituye *la esencia* de las relaciones que establece el adicto consigo mismo, con la sustancia, con los objetos y con sus semejantes.

2) Los paradigmas, de Thomas Khun: La travesía terapéutica compromete el pasaje del paradigma de la adicción (esclavitud) a una dependencia, transitoria y necesaria para la curación. El paciente se libera progresivamente de esta “dependencia funcional” para vivir en un nuevo paradigma, de la autonomía.

Las fases del dispositivo en travesía

- 1) Toma de conciencia de la adicción como esclavitud y construcción del vínculo terapéutico
 - A) Conocimiento de la neurofisiología y de la psiconeuroinmunología.
 - B) Conciencia del funcionamiento vincular.
 - C) Conciencia de esclavitud.
 - D) Conciencia de enfermedad.

Por lo que respecta a la construcción del vínculo terapéutico, el profesional debe mantener con el paciente un trato cálido, respetuoso y cercano, para afianzar con él un vínculo de confianza y alianza durante la travesía. Con el fin de reforzar la confianza, es importante, en el inicio del tratamiento, realizar una entrevista vincular con algún paciente ya recuperado que haya superado la adicción, de modo que el sujeto advierta que es posible curarse. El objetivo de esta fase es que el paciente descubra lo que genera su profundo sentimiento de inseguridad. Dicho sentimiento proviene de los fracasos originados por su modo de relación adictivo –causa de que el sujeto viva esclavizado–, preso de la dinámica relacional de poder.

- 2) Momento de negación e idealización: En esta fase el paciente niega habitualmente su problema, o se convence de poder vivir como antes, pero sin la droga, sin sufrir perjuicios. El paciente cree que lo puede todo. Esta fase se corresponde con un momento maniaco de negación de la gravedad de la situación. El sujeto tiene grandes proyectos de comprar casas, coches, montar empresas, enamorarse de personas idealizadas etc. Lo que subyace a este momento es el intento de retornar a la dinámica de consumo; consumidor-consumido. Dado que el paciente no tiene la droga para reforzar ese estado de euforia, el terapeuta debe esperar a que se dé cuenta por sí mismo, sin adelantar acontecimientos y sin intentar dirigirle, ya que la caída sobreviene de todas maneras a su debido tiempo.

El terapeuta debe permanecer al margen, sin obstruir ni confrontar las idealizaciones que el paciente realiza y estar disponible para acogerle en la siguiente fase. Todos los intentos de contrarrestar las ideas maniacas del paciente serán infructuosos, ya que éste

necesita desplegar su imaginario ante la falta de la droga, siendo saludable que así ocurra. El terapeuta solo interviene en aquellas situaciones que puedan suponer un peligro real para la integridad del sujeto o de otras personas.

- 3) **Momento de caída libre:** Esta fase marca un antes y un después en el proceso terapéutico y en la vida del sujeto, ya que siendo adicto, ha suplido un vacío con la sustancia-droga. En esta etapa se resquebraja la coraza o armadura, el falso sostén que el sujeto mantenía con la droga. Así pues, este momento es crucial para que el adicto pueda pasar de un estado de esclavitud a un estado de dependencia necesaria con el terapeuta. La dependencia terapéutica le posibilitará en un futuro ser autónomo.

En esta fase del tratamiento, el paciente se siente como si una bomba hubiera caído en su vida, destrozando todo el entorno ficticio que había construido alrededor de la sustancia. Su mundo comienza a desmoronarse. Esto va acompañado de un profundo sentimiento de tristeza que no es depresión (ya que el paciente empieza a querer vivir y curarse). Aparecen las dificultades y conflictos que el sujeto tapaba con el consumo. No se trata de depresión, sino de un sentimiento parcial que lejos de hundirle, le fortalece para así curarse.

- 4) **Descubrimiento de sentimientos y emociones:** El paciente empieza a recordar los sueños y a explorar distintas sensaciones. Aparecen sentimientos de tristeza y alegría, de nostalgia, y recuerdos de la infancia. El paciente comienza a experimentar un sentimiento profundo de miedo y extrañeza. Todos experimentamos una sensación de extrañeza en torno al octavo mes de vida, que Spitz definió como “la angustia ante el extraño”. En esta etapa emergen conflictos que antes estaban ocultos. Podríamos pensar a modo de hipótesis que en las adicciones esta angustia no fue experimentada al octavo mes de vida de manera adecuada. En esta fase del tratamiento el paciente comienza a tener una crisis de oposición y los conflictos que estaban tapados emergen, comienza a defenderse.
- 5) **Reconstrucción y construcción de la identidad:** El paciente construye su propio espacio íntimo desde el cual siente la seguridad suficiente para no continuar dependiendo de la droga. Este espacio constituye una base sobre la

que se cimentan la creatividad y los afectos del sujeto. El espacio íntimo posibilita al sujeto afrontar las tormentas y llevar a cabo otras travesías sin la necesidad de recurrir a falsos sostenes. La identidad con sus cuatro ejes —afecto e imaginación, espacio, tiempo y ritmo—, es por un lado reconstruida y también construida a partir de nuevos descubrimientos. Una vez superado el ansia de consumo, el dependiente recupera el tic tac de sus relojes biológicos, siendo sus ritmos por fin autoregulados. A su vez el contacto con sus afectos fruto de la recuperación de su territorio psicobiológico facilita el recuerdo de los sueños. El afecto definido como un tejido conectivo intersensorial, retorna durante la travesía posibilitando el despliegue de la subjetividad del dependiente. La importancia del trabajo con los sueños reside en su estrecha relación con los afectos, siendo una vía regia para ampliar el mundo imaginario del dependiente. También resulta de gran utilidad el trabajo clínico con la Terapéutica de la Imaginación Material y Dinámica (T.I.M.D.) para el desarrollo de la imaginación.

La estructuración del espacio terapéutico: El espacio terapéutico se instaura como un útero en el que se establece una dependencia necesaria, para superar la adicción. El dispositivo se denomina “en travesía” porque el desafío del trabajo terapéutico es acompañar al paciente en el difícil proceso de renacer con una identidad propia. El funcionamiento ego-sintónico sostiene de un modo patológico el pacto de lealtad inconsciente por el cual el adicto no se desarrolla. Es así como el adicto asume una falsa identidad sostenida por el consumo de la droga. La paradoja es que el adicto es también sostén de un funcionamiento familiar patológico. De esta manera actitudes y comportamientos familiares favorecen de un modo destructivo el consumo sosteniendo así la “a-dicción”. Se instaura así un pacto tácito en el sistema en el cual la falta de comunicación mantiene a buen resguardo *el secreto familiar*. La estructuración del espacio terapéutico debe ser ego-distónica con el consumo. El terapeuta promueve comportamientos en el paciente y su familia que alteran la continuidad del pacto familiar inconsciente. Estas nuevas actitudes y comportamientos van en dirección opuesta al consumo. Este choque facilita la ruptura de las barreras del sistema familiar y la liberación del a-dicto.

Para ello es fundamental instaurar un contrato terapéutico, en tanto legalidad cuya estructura incluye la delimitación del territorio y sus fronteras. Así, la familia deja de ser cómplice (con todos los sentimientos de culpabilidad y miedos que eso acarrea) convirtiéndose en aliado en la travesía de curación. El contrato puede ser verbal o escrito y tiene una *función organizadora*. Es la piedra angular de la construcción de la espacialidad íntima del sujeto.

El trabajo multivincular y el abuso estructurado en las adicciones: Se trabaja *con* y *en* la familia, el abordaje no es solamente individual. El paciente estará presente en todas las sesiones familiares, lo cual le ayuda a salir del lugar de objeto-problema y facilitando que el dependiente se posicione como sujeto en el sistema familiar. La familia sólo está presente en una de las sesiones semanalmente o quincenalmente dependiendo del caso. Aunque el dispositivo terapéutico está focalizado en el dependiente, que la familia o la pareja sea convocada y acuda al tratamiento puede resultar de vital importancia para el éxito de la travesía. El trabajo *en familia* facilita la desarticulación de la identidad falsa al estilo de personalidad “como si”. El “como si” es la forma en que el individuo actúa en función de lo que percibe que los demás esperan de él de manera no consciente. El dispositivo *en travesía* orienta al sujeto y a su familia para atravesar exitosamente el paradigma de la dependencia. Dicho paradigma, patológico por su funcionamiento, establece un modo de relación centrado en el poder entre un miembro sometido y otro miembro (persona, objeto, sustancia) sometedor. Cuando hablamos de “mono” no sólo debemos pensar en el que sufre el individuo en cuanto al consumo: también es necesario incluir lo que denomino “mono familiar”.

El objetivo, es entonces atravesar el paradigma de la dependencia. Para ello será fundamental no solo el abandono de la sustancia sino también una transformación del funcionamiento adictivo en lo vincular.

Recursos terapéuticos del dispositivo *en travesía*

- El vínculo terapéutico: comienza desde el primer contacto paciente-terapeuta. Las adicciones forman parte de un grupo de patologías llamadas tempranas cuyo rasgo esencial es el vacío en cuanto a la identidad. De ahí la importancia del contacto visual y de un trato

afectuoso y amigable desde el inicio con el paciente. Esto les transmite seguridad y confianza tanto a él como a su familia

- La empatía: Resonar empáticamente es comprender afectivamente el sufrimiento del paciente y de su familia. El terapeuta no debe transmitir una imagen policiaca ni idealizada, pues se convertiría en una figura persecutoria, siendo perjudicial para el tratamiento
- El contrato terapéutico: El contrato descarga a la figura del terapeuta de tener que lidiar con los mecanismos de defensa psicopáticos (seducción, manipulación, transgresión, etc.) del paciente y su familia. El terapeuta, así, dispone de mayor libertad para el desarrollo de la función de sostén, más necesaria sobre todo al inicio del tratamiento.
- La lectura y el resumen de libros: La lectura se debe introducir con astucia y nunca al principio del tratamiento, pues podría angustiar más al paciente al acentuar más aún su sensación de vacío. Por ejemplo puede prescribirse sin indicaciones o en momentos puntuales un tiempo diario que no exceda los quince o veinte minutos hasta terminar el libro. Una vez que el paciente se haya familiarizado con el hábito, ya no necesita tiempos programados de lectura. Prescribir un tiempo limitado de lectura a veces facilita el trabajo en algunas funciones del yo defectuosas del paciente: control de impulsos, tolerancia a la frustración, capacidad de anticipación, regulación de ansiedades, memoria, atención, etc. La recuperación de estas funciones aumenta la confianza y la autoestima del paciente. El resumen también favorece que el paciente reescriba su propia historia, siendo la escritura un organizador del pensamiento.
- La familia: El trabajo *con* y *en la familia* también facilita que el sujeto conozca los funcionamientos patológicos vinculares, para así tener oportunidad de de-construirlos en su interior y reconstruir un modo de relación diferente.
- Los sueños: nos orientan en el diagnóstico, pronóstico y tratamiento para situar con precisión el momento de la travesía donde nos encontramos. Los sueños brindan mucha información del paciente y de su familia. Por otra parte, que el paciente recuerde sus sueños indica un mayor contacto con sus afectos. Resulta relevante detectar la presencia de sueños

repetitivos. Por ejemplo, si son sueños relacionados siempre con el trabajo, con el consumo o que carecen de sentido. Además resulta importante diferenciar qué tipo de sueños manifiesta el paciente: angustiosos, pesadillas, placenteros, hedonistas, displacenteros, etc. También es importante la estructura del sueño: si tiene inicio, desarrollo y fin o si son sueños sin una trama estructurada.

- La terapéutica de la imaginación material y dinámica: constituye un recurso importante para la construcción y reconstrucción de la identidad del dependiente, al trascender lo verbal y arribar a la profundidad del paciente de manera creativa.

El dispositivo *en travesía* se erige como un continente estable en el que el sujeto pueda permanecer, fortalecerse y reencontrarse con sus afectos. Esta brújula orienta al navegante en la reconstrucción de su identidad, de manera propia y creativa.

Andrés M. Joison

Autor de los libros

- 1) “De la adicción a la autonomía”.
- 2) “Navegar en el inconsciente”.

